

## 中国的药物依赖治疗：政策分析

Patrick Tibke<sup>1</sup>

### 介绍

自19世纪中期鸦片战争以来，毒品的使用与供应一直是中国历任政府高度关注的敏感问题。中国对毒品使用的政策依赖于将惩罚和强制作为主要手段，包括强制戒毒、在劳教所或所谓“康复”机构扣押，并在执法部门强制登记，从而导致（对吸毒人员的）监控和随时侦查讯问。

但在1990年代末，政策转向强调对注射吸毒者提供医疗服务以代替惩罚，中国开始实施两个重要的减低伤害措施，预防艾滋病传播—中国开展了世界最大规模的阿片替代治疗（OST）和针具交换项目（NSP）。<sup>2</sup> 但是，总体上，中国对待毒品使用者的方式还是惩罚性的，而且污名化很严重。毒品的使用情况仍在持续增长并且毒品种类也在增加（尤其是甲基苯丙胺等合成毒品），年轻人中的吸毒情况也日益严重。<sup>3</sup> 中国需要一个综合的，以实证为基础的、人道的戒毒治疗和减低伤害服务，以改善个人和整个社会的健康和生活质量。

本IDPC简报对当前中国戒毒机制进行了分析并提出能促进其有效性的相关建议。

### 历史背景：中国毒品治疗机制的起源

#### 禁毒初始：“严打”战术

在19世纪中期，中国清朝军队连续输掉两场与英法之间的鸦片战争。<sup>4</sup> 在1860年，第二次鸦片战争结束，根据天津条约<sup>5</sup>，中国被迫同意鸦片的事实性合法化。在接下来的半个世纪中，史无前例数量的鸦片在印度制造，最终在中国带来鸦片使用和依赖的狂潮。

到20世纪初始，大约每4个中国男人中就有一个长期使用鸦片。<sup>6</sup> 1909年，在上海的国际鸦片委员会会议中，中国代表声称，该国有2150万到2500万人依赖鸦片。<sup>7</sup>

直到1949年中华人民共和国成立时，鸦片使用仍相当广泛。毛泽东对毒品流行的应对方式为后来的执政者开了一个重要的先例。结合自愿和强制戒毒，毛在三年内“治愈”了1-2千万毒品使用者。<sup>8</sup>

1950年，政府发布了《严禁鸦片毒品的通令》，对鸦片等毒品的制造、贩运和销售刑事定罪。根据这项新法令，毒品使用者要在地方政府办公室登记，并自愿在规定时间内放弃毒品使用。<sup>9</sup> 成功戒毒的人可以免于惩罚，而没有成功或没有登记的人，会被罚巨款或被判行政拘留以进行“强制戒毒”。<sup>10</sup>

从1950到1952年，数百万中国人参与到毛的反毒品运动中。工会和其他组织举办了大型教育论坛和成立反毒品联盟，毒品的使用和贩运人员会在众人面前受到公开的羞辱和审判。<sup>11</sup> 到1952年底，中国声称成为“无毒品国家”。<sup>12</sup>

后续宣传将毛的反毒品运动歌颂为中国历史上不朽的伟大篇章，在遍地是“东亚病夫”的耻辱之后，终于恢复民族骄傲。<sup>13</sup> 因此，在邓小平的执政期间，中国的毒品市场逐步回归时，中国政府重新启用毛的禁毒措施也就不奇怪了。

和前任一样，邓认为毒品使用将威胁中国社会的存亡。这种担忧可见于邓的“社会稳定”理论，该理论将社会稳定视为“经济发展的关键前提”。<sup>14</sup> 任何被视为“威胁”社会稳定的行为，即使是毒品使用和性工作等并非犯罪的行为，也在邓的任期被高度政治化，遭到社会治安综合治理的“从重从快”的惩罚。<sup>15</sup>

邓的政府偏好的打击毒品使用和毒品犯罪的模式即是“严打”：极富攻击性的定期警方打击，对疑犯成批地迅速审判，定罪后量刑加倍。<sup>16</sup> 由于严打和更广泛的“社会稳定”的影响，所谓“劳动改造（RTL）”，即一种包含强制劳动的关押，成为对毒品使用的主要惩罚形式。自1980年代末，毒品使用或依赖者在被劳改的人数中增长量最大；其他的被劳教者包括政治异见人士及参与性工作和赌博等道德败坏活动的人。<sup>17</sup>

## 针对毒品使用的新“卫生”途径

2000年代早期，中国领导人开始控制严打模式，认为在其维稳中被过度使用了。时任最高人们法院院长肖杨承认，大规模严打活动残酷对待轻微违法者<sup>18</sup>，这些残酷对待包括警方的暴力行为，在狱中与重罪犯共同关押和接触，在通常是非人道的环境中长期行政拘留。<sup>19</sup>

2006年，胡锦涛提出新的打击犯罪理论来补充严打政策，即“社会主义和谐社会”，该理论一直延续至今。胡的和谐理念试图平衡中国打击犯罪和“反社会行为”手段的“宽与严”，同时对行政拘留的任意使用设定明确的检查。<sup>20</sup>为此，对毒品使用和依赖者进行惩罚已经不再是中国毒品政策的目标。毒品使用者被当作“患者”和“药物依赖受害者”需要得到医疗而非被惩罚。这一认知的改变也与注射吸毒者中艾滋病毒传播有关。从1990年代后期起，政策制定者采取以公共卫生为导向的方式来处理毒品使用和毒品相关的犯罪，包括扩大的针具交换和阿片替代治疗等减低伤害服务。<sup>21</sup>

这些发展在2007年通过“禁毒法”达到顶点。到2008年六月，在为新法律启动所做的讲演中，胡锦涛将中国的禁毒战争描述为五条战线上的“战斗”：预防和教育、治疗康复、执法、药物管理以及国际合作。<sup>22</sup>

理论上，这种“全面”“跨部门”方式也许可以看作与严打时代的惩罚性“震慑”策略的告别。<sup>23</sup>而在实际操作中，中国当前毒品政策和药物依赖治疗和以前的方式仍有诸多相似之处。

关键在于，为除掉对社会稳定的威胁，执法人员和普通大众仍倾向惩罚毒品使用者，将他们从社群中驱逐出去。<sup>24</sup>这种立场来自于2008年之前的60年，中国领导人将毒品使用定为巨大的“社会恶魔”，是鸦片战争输给英国的带来的国家“耻辱”，是“道德败坏标志”。<sup>25</sup>这样的态度使在中国扩展实证基础和人权基础戒毒工作变得困难。

## 中国当前戒毒治疗机制综述

和中国之前的毒品法律一样，《禁毒法》确定毒品使用是一种行政违法（非刑事犯罪）。中国刑法规定对毒品贩运、制造和供应进行严厉惩罚，从贩运10克以下三年刑期，到涉及暴力的“情节严重”的贩运可判死刑。<sup>26</sup>从技术层面上讲，毒品使用在中国是已经被“去罪化”了。但是，由于行政制裁本身的严苛惩罚性，使中国的去罪化模型不符合国际卫生和人权机构提出的对毒品使用和供个人使用的毒品持有进行去罪化的建议（参见文本一关于对毒品使用者的附加限制）。<sup>27</sup>

作为前主席胡锦涛“和谐社会”的标志，《禁毒法》体现了中国在实施人道的，更具有同情心，且“科学”的戒毒途径方面所作出的最大努力。中国政府官员经常将《禁毒法》称为“以人为

## 文本一、对毒品使用者的限制

### 登记与警方监控

作为吸毒人员，被警方的在线数据库登记的后果是多方面的。如果个人被登入了数据库，他们的身份证信息就会标上毒品使用史。当他们差旅住店登记使用身份证时，<sup>28</sup>当地警方就会得到持证人在所在地的通知。<sup>29</sup>

这个监控系统阻碍人们获取自愿治疗，因为警方会通过随机检查询问和强制尿检骚扰和威胁黑名单上的人。<sup>30</sup>尽管个人可以在戒毒两年后从黑名单上删除，但这种行动仍使个人不愿寻求自愿药物治疗。<sup>31</sup>

### 禁止获取驾照

另一个获取治疗的障碍是以禁令的形式出现的，禁止向有毒品使用记录的人发放驾照。<sup>32</sup>2013年，在禁令实施不到一年时间内，公安部（MPS）透露，由于当事人被判定为“毒品成瘾”，已经撤回超过1万张驾照，并拒绝发放4千新驾照。<sup>33</sup>这种限制阻碍了药物依赖者寻求治疗，加重了毒品使用相关污名，使有毒品使用记录的人丧失大量生活机会。一旦个人驾照被撤回，就无法获取任何需要驾驶的就业机会。<sup>34</sup>尽管《禁毒法》第52条规定接受药物依赖治疗的人“不应当受到上学、就业、享受社会保障等方面的歧视”。

本”或“人本导向”，强调将毒品依赖者定为“病人或受害者”，地方社区能够“治愈”他们，无需政府重拳出击。<sup>35</sup>

法律明确，在一定条件下，政府可能命令“重度依赖”的人接受“戒毒康复”为目的的拘留，而不需要刑事定罪或审判，个体也没有申诉权利。

这些戒毒类型形成了一个渐进层次：强制力量和监禁力度递增。

尽管《禁毒法》的目的是对毒品使用和依赖采取“以人为本”的方式，但法律并没有依从其所声称的人道或“科学”。实际上，《禁毒法》仍严重依赖于强制康复拘留。这种方式并不科学，也没有实际效果的证据，且造成了人权侵犯（参见文本二）

## 自愿戒毒

### 2008年《禁毒法》关于自愿戒毒的规定

长期以来，中国私人诊所提供自愿戒毒服务，但既非官方认可也不正规。在2008年《禁毒法》通过后，自愿戒毒第一次被官方认可为国家毒品政策的一部分。<sup>36</sup>

《禁毒法》并未明确支持或将自愿戒毒优先于其他

## 文本二、自愿戒毒VS强制戒毒：效果证据

根据包括世界卫生组织（WHO）药物依赖专家委员会成员等专家建议，戒毒在自愿情况下是最有效的，参与者要完全知情同意。<sup>37</sup>任何对这个原则的偏离，不仅违反科学证据，也是对个人权利的严重侵犯。<sup>38</sup>

建立用于关押毒品使用人员进行强制隔离戒毒的过程和机构，《禁毒法》规定允许在未经独立和公平的审判的情况下，随意剥夺个人自由的制裁方法，违反了《世界人权宣言》第9条，以及《公民和政治权利国际公约》第9条第1款。中国是这两个条约的缔约国。<sup>39</sup>同样，《禁毒法》也违反了联合国2012年的《关于强制戒毒和康复中心的联合宣言》，该宣言呼吁所有成员国停止以“戒毒和康复”为名对毒品使用者进行强制关押。<sup>40</sup>

更强制性（但效果差）的方式，但法律确保接受自愿戒毒的人免于被捕和行政制裁，正如第62条所规定的：

“吸毒人员主动到公安机关登记或者到有资质的医疗机构接受戒毒治疗的，不予处罚。”

### 自愿戒毒方法

《禁毒法》共71条，仅少量条款提及自愿戒毒治疗。有鉴于此，2011年的《戒毒条例》对何为自愿戒毒的作出了具体描述。

《条例》第10条规定自愿戒毒应当以戒毒医疗机构与自愿戒毒人员或者其父母或“监护人”<sup>41</sup>签订的自愿戒毒协议为基础，这不禁令人担忧治疗是否能获得患者的全面知情同意。该协议应就“戒毒方法”、“戒毒期限”作出约定，并解释戒毒人员应当遵守的“规章制度”。公共诊所需要保持对戒毒期间毒品使用的零容忍政策。<sup>42</sup>尽管研究显示这些规章制度极少被治疗机构执行，而且允许被开除的患者再次报名。这种操作方式承认了药物依赖的长期反复性质。<sup>43</sup>

在条例的第7条和第12条规定了治疗协议应当保密，<sup>44</sup>除非患者接受美沙酮维持治疗（MMT）<sup>45</sup>或在治疗时复吸。<sup>46</sup>如有这两种情况，治疗机构必须向警方报告当事人的姓名、个人信息和毒品使用史，警方随后会将该人加入政府在线毒品使用者数据库。<sup>47</sup>

《戒毒条例》第11条设定了治疗方法，规定自愿戒毒应当包括心理康复、行为矫治、自愿脱毒信息，以及艾滋病和其它传染病的预防信息。除此之外，《戒毒条例》对没有对标准的自愿治疗项

目的其他关键特征作出具体规定，也没有提出治疗项目需要遵从的最低质量标准。<sup>48</sup>

## 社区戒毒

### 2008年《禁毒法》规定的社区戒毒

社区戒毒是《禁毒法》的创新，明确反映了胡锦涛“和谐社会”的理念。《禁毒法》明确呼吁“社会各方面参与到药物滥用的斗争中”，将药物依赖治疗作为全社会共同任务，而不仅仅是执法部门或医疗人员的工作。因此，社区戒毒试图整合一系列社会资源，实现药物依赖者康复的目标，使其免于监禁、污名和社会排斥。<sup>49</sup>

正如上文，社区戒毒是强制性的，这明显与和谐社会理念相抵触。而且，社区戒毒依赖于一个威胁和强迫的制度。社区戒毒因而在形式上是惩罚性和污名化的干预，使用的工具和机构都是打击罪犯、保护公众不受“危险分子”侵害所常用的。

根据《禁毒法》，社区戒毒可强制施加于任一因吸毒被捕或没有登记自愿戒毒的人。在一些与少量毒品持有相关的案件中，如果当事人的吸毒检测是阴性，则可免于社区戒毒，但将被处以2000人民币（314美元）以下的罚款和最多可达15天的行政拘留。

如果被逮捕的人吸毒检测是阳性，警方就要评估该人的药物依赖性。《禁毒法》并没用提供任何以健康为基础的评估标准，而是可以根据个人的外在表现、犯罪记录或吸毒史来进行诊断。这并不符合国际通行的药物依赖评估诊断标准，如世界卫生组织的“依赖严重程度指数”。该指数建议参照一系列生物、行为和心理因素来诊断。<sup>50</sup>另外，WHO建议，药物依赖评估不应当由执法人员，而是应当由有资质的医疗人员进行。<sup>51</sup>

《禁毒法》第38条规定所有社区戒毒决定有效期为三年，即使表现良好或持续戒毒也不能提前停止。在三年期结束时，当地警察将决定当事人是完全恢复，还是需要更多治疗，无需专业医疗人员评估。如果是完全恢复，社区戒毒就可以停止。如果没有，就要在强制隔离戒毒中心被监禁最长3年。同样，《禁毒法》也没有给出任何明确的判断社区戒毒是否成功的标准。在实践中，这完全由当地警方决定当事人是应该结束社区戒毒还是开始强制隔离戒毒。

### 社区戒毒的方法

《禁毒法》将设计社区戒毒项目的任务交给地方政府；同时并没用规定地方政府必须提供“治疗”。该法预期地方政府承担中介角色，将治疗委派给其他地方机构。根据《禁毒法》第34条，地方政府“可以指定有关基层组织与戒毒人员签订社区戒毒

## 文本三 面向接受社区戒毒者的职业

对那些接受社区戒毒的人而言，《禁毒法》第34条更多强调的是将有薪工作作为“康复”的方式，而非实证基础的医疗。值得一提的是，这个规定并没有见于《禁毒法》关于自愿治疗的内容。

至少在现在，在中国，由于社会对毒品使用者的歧视，社区中极少有机构愿意协助其康复，这使理想化的和谐社会模型面临困难。

最近几年，一些省份的公安部门试图克服这些偏见，向愿意雇用社区戒毒的毒品使用者的当地雇主提供经济激励。贵州的“阳光之家”就是这个模式的成功范例。

在省公安厅的组织和资助下，愿意雇佣因毒品使用而被捕的地方企业得到税收优惠，“阳光之家”为上百名接受社区戒毒的毒品使用者找到有薪的工作。2012年，《经济学人》发表了关于“阳光项目”的正面报道，介绍了遵义市的一个包装厂，厂里接受美沙酮替代治疗的员工可以在午餐时服用每日的美沙酮治疗后回去工作。<sup>52</sup>

协议”。公安机关和司法行政、卫生行政、民政等部门“应当对社区戒毒工作提供指导和协助”。这一法规没有进一步解释何为戒毒工作的“有关”组织，也未说明这种组织是否需要遵守提供戒毒服务的标准。

第34条也规定地方政府必须提供“必要的职业技能培训、就业指导和就业援助给无职业且缺乏就业能力的戒毒人员”。（参见文本三）

不幸的是，大多数社区戒毒项目都远比不上“阳光之家”的良好组织或资助（2012年该项目的总预算为2100万美元）。不够发达的省份不仅缺乏“阳光之家”项目的公私合作，医疗专业能力也严重不足，而针对毒品使用的也只有负面态度。这意味着地方机构既不能也不愿参与提供社区戒毒。社区戒毒更多地局限于当地警方强制下的尿检和对个人自由活动的限制（参见文本四）。

### 警方对毒品使用者的“动态管控”

在整个戒毒的三年期间，接受社区戒毒的人必须将活动限制于所居住的行政区域（城市或城区）。离开指定的戒毒社区会受到惩罚。如果他们想离开该区域，他们必须申请当地警方的书面许可。正如《戒毒条例》第19条所规定，如果在未经许可的情况下，擅自离开社区三次或时间超过30天，即被视为严重违反社区戒毒协议。

值得指出的是，类似的人身限制还应用在几乎所有庭审前阶段的刑事嫌疑犯。这些方式一般被称为“取保候审”和“监视居住”。候审的嫌犯如

果没有遵守监视居住的要求，则会被再次逮捕，受到拘留，因为这被认为是对社会公共治安的威胁。《禁毒法》似乎也认为接受社区戒毒的人如果能够自由迁移，就会威胁社会治安。当提到对接受社区戒毒者的监视居住时，中国警方使用更技术化得术语“动态管控”。<sup>53</sup> 无论使用什么词，这种措施都不符合《禁毒法》对毒品使用者“受害者”和“病人”的界定。

如前文所说，将药物依赖者强制隔离于社区的想法仍然深植于中国执法官员的思维方式中。毫无疑问，随着《禁毒法》的实施，这种想法有所变化。但是，毒品使用者在当前的社会法律环境中，离未经审判的三年关押只有仅仅几步之遥。

## 强制隔离戒毒

### 接受强制隔离戒毒项目

根据《禁毒法》第38条和《戒毒条例》第25条，个人在未符合强制隔离戒毒的条件之前，必须先接受社区戒毒。除非社区戒毒失败，或已经在强制隔离戒毒一段时间，否则不允许警方将人送入强制隔离戒毒。<sup>54</sup>

根据《禁毒法》第38条，有下列情形的会被强制戒毒：

1. 拒绝接受社区戒毒
2. 在社区戒毒期间吸食毒品的
3. 严重违反社区戒毒协议的
4. 经过社区戒毒和强制隔离戒毒后再次使用毒品的

如果个人因为违反社区戒毒要求而被捕，警方有24小时可以来决定该行为是否严重到需要进行强制隔离戒毒。如果警方认为有必要进行强制隔离戒毒，他们就必须将其转移到强制隔离戒毒前尽快将决定告知当事人家人，以及当事人所居住社区和当地派出所。

在整个过程中，并不要求警方咨询医疗人员再判断当事人是否“严重依赖”毒品需要接受强制隔离戒毒。同样，如果个人对强制隔离决定“不服”，则可根据《禁毒法》第40条提起行政诉讼说行政复议，由行政法官来判断，而非医疗机构。另外，该人必须从设法从羁押场所或强制隔离戒毒所内提起复议，因为不能因为复议申请过程而延迟强制隔离戒毒。<sup>55</sup>

### 从劳教康复到强制隔离戒毒模型<sup>56</sup>

2008年《禁毒法》实施之前，毒品使用者被捕后会被送到劳教所，时间1-3年不等，或在警方拘留所接受3-6个月的强制戒毒。<sup>58</sup>《禁毒法》将毒品

## 文本四、社区戒毒中的强制报告

接受社区戒毒的人必须在戒毒的第一年里报告规定的12次尿检结果，还要在第二年和第三年接受至少16次随机尿检。<sup>57</sup>

如果没有合理原因而未参加预定检测或拒绝接受之后的检测，这将被认定为严重违反“社区戒毒协议”，因此可能导致当事人被转介至强制隔离戒毒。

使用者移出了劳教的适用范围，并且废除了拘留所的强制戒毒。<sup>59</sup>这两种处罚都被行政拘留的新形式即强制隔离戒毒取代了。<sup>60</sup>

《禁毒法》迅速减少劳教的人数。2008年，根据司法部数据，约16万人被关押在全国350个劳教所。<sup>61</sup>独立专家认为实际人数要更多，劳教顶峰时应当有30万人<sup>62</sup>（或50万，如果包含在警方拘留所中的强制戒毒者）。<sup>63</sup>2008-2013年间，政府为废除劳教进行准备，很多劳教所直接改造成强制戒毒所。到2012年底，劳教人员缩减到6万。<sup>64</sup>在2013年12月，劳教最终被习近平主席废除，成千上万的被拘留者被即时释放了，其中大多数是性工作者和政治犯。<sup>65</sup>

然而，大多数因为毒品使用而被拘留的人被迁移到强制隔离戒毒所，或继续被拘留在由劳教所改成的强制戒毒所。例如，上海三号劳教/强制隔离戒毒所。在2012年底，20万人被关在强制戒毒所。<sup>66</sup>

尚不清楚警方是否有权因毒品使用而被关押的人在废除劳教后提前释放。广东省在这方面进行了详细研究。2013年初，广东省停止接收新的劳教人员；但到2013年底，广东省80%的劳教人员被转移到强制戒毒所，由此看来，因毒品使用而被羁押的人员极少可能被释放。<sup>67</sup>

2003年国家麻醉品管理委员会试图澄清强制戒毒的性质，但改名之后，强制戒毒的管理仍和劳教所的运作方式基本一致。一名发言人曾说强制戒毒所符合“戒毒的科学原理和时间要求”，这些中心“合法保证了戒毒的三个必须阶段：1.生理脱毒；2.心理康复；3.社会融入”。<sup>68</sup>

### 强制隔离戒毒的实际情况

强制隔离戒毒是一种行政拘留形式，可在应有程序缺失的情况下实施。强制隔离戒毒最初是强制两年，可缩减到1年或延长至3年，根据个人在所谓“治疗”中的表现决定。

强制戒毒的生活主要由强制劳动、高强度锻炼、军事训练、高喊禁毒口号以及“自我批评”的“小组讨论”组成。<sup>69</sup>强制劳动有时是无偿的，更多是低于市场价格的。2009年人权观察访谈前被羁押者时，被访者表示每天工作多达18个小时，环境恶劣，没有报酬；很多人反映受到身体虐待，被

强制戒毒所的工作人员殴打。<sup>70</sup>

《禁毒法》第69条规定，任何强制戒毒所的工作人员对戒毒者有“体罚、虐待、侮辱等行为的”，应当“依法追究刑事责任”。而实际上，强制戒毒所的工作人员相互掩盖对戒毒者的虐待，有的案例中当事人被甚至虐待致死。2010年人权观察报告中提到，一名被拘留者被强制戒毒所工作人员打死，但受害者家人得到的通知是他们的孩子在强制戒毒所中“因病致死”。当受害者家人要正式调查时，强制戒毒所员工通过贿赂和威胁他们，要他们闭嘴。<sup>71</sup>

尽管《禁毒法》有规定，强制戒毒所中的被羁押者经常无法获得医疗和以实证基础的戒毒。访问强制戒毒所的研究者报告，尽管强制戒毒所按照《禁毒法》第45条配备有咨询师，但戒毒人员依然无法获得认知行为疗法等咨询服务。<sup>72</sup>同样，尽管阿片替代治疗已证明能有效改善阿片依赖者的生活质量，减少复吸、注射吸毒以及艾滋病和乙肝等血源传播疾病，<sup>73</sup>强制戒毒所仍不使用阿片替代疗法。《禁毒法》在第45条明确授权强制戒毒所医生使用“麻醉品或精神药物”来戒毒。与此相反，被强制戒毒者被迫接受强制脱毒，忍耐戒断反应。对长期药物依赖者而言，这是极为痛苦的，在有些案例中是致命的。2015年对广西的3个强制戒毒所中心的研究发现，在755个被拘留者的样本中，97.8%曾有海洛因使用。在被关入强制戒毒所前，他们中近三分之一曾经接受过美沙酮替代治疗，而在被关押后，他们的替代治疗被迫中断了。<sup>74</sup>

### 强制隔离戒毒中心的艾滋病相关服务

强制戒毒所的艾滋病病毒检测据说是“普及”的。但是，这些艾滋病检测并不符合国际最佳实践。实际上，所有的被强制戒毒者都必须在到达强制戒毒所时接受强制抽血，其中包含艾滋病病毒检测。而且这种检测并不告知被强制戒毒者检测内容。按要求应当向检出艾滋病毒阳性者告知检测结果，并提供进一步治疗，但大多数被强制戒毒者都从未被告知过他们的检测结果。理论上，抗病毒治疗也应当为艾滋病毒阳性者提供，但研究显示强制戒毒所的抗病毒治疗是不连续且不足以适应需求的。<sup>75</sup>

上文中2015年广西的研究发现，96%的强制戒毒所在押者表示曾经在一开始接受过抽血，但只有68%的人知道其中包括对艾滋病毒的检测。61名被拘留者表示自己是艾滋病毒阳性；其中87%在调查期间接受过艾滋病毒检测后教育，但仅有25%接受过抗病毒治疗。78%的接受强制艾滋病毒检测的受访者没有被告知他们的检测结果。16%的受访者对不知道自身感染情况感到不安。对那些被告知检测结果的人而言，72.7%的人由强制戒毒所医生告知，19%由强制戒毒所员工告知。而世界卫生组织的建议是，仅应该由合格的医疗人员进行艾滋病毒检测前后的咨询（参见文本5）<sup>76</sup>。

## 文本五、关于羁押场所中的医疗以及艾滋病相关预防、治疗和关怀服务的国际标准

联合国《囚犯待遇最低限度标准规则》规定了确保在押人员获得适当标准的清洁、卫生、食品和医疗的基本原则。<sup>77</sup>其中第22条第2款规定“医务室应当与一般卫生行政部门保持密切联系，确保连续的治疗关怀，包括艾滋病毒、结核、其他传染病和药物依赖。

UNODC, WHO, UNAIDS, 国际劳工组织和联合国开发计划署提出了对在押者艾滋病毒预防、治疗和关怀的15项综合干预。这些包括预防性暴力，“随时方便获得自愿艾滋病毒检测咨询”，“避免一切形式的强制，在知情同意的情况下进行检测，并提供检测前后的教育和咨询，保护个人隐私，获取后续的抗病毒治疗等必需的治疗”。另外，UNODC和WHO建议为被拘留者提供安全套、清洁针具和阿片替代治疗等减低伤害服务。<sup>78</sup>

### 社区康复：强制隔离戒毒的后续

被强戒人员从强戒所释放后必须再接受三年的社区康复。社区康复和社区戒毒几乎一样，属于强制性的，持续3年，应当包含咨询、技能培训和就业。如果违反社区康复的要求，就会被送回强戒所。根据2011年的《戒毒条例》，社区戒毒和社区康复之间的最大区别是，如果个体被判定在社区康复期间有迅速康复，他可以随时被判定停止社区康复。

有必要强调，档案显示，进过强戒所的人中，复吸率极高。在2008年《禁毒法》实施之前，2004年对劳教释放的毒品使用者的跟踪研究显示，90%的人在回归社区后都再次使用毒品。同样，2011年玉露社区（一个社区康机构与隔壁的强戒所联合服务的模式）的研究发现，2007年强戒所释放人员的复吸率为97%，而社区康复人员中的复吸率是60%。2015年广西研究也指出，受访者中至少有一半曾经在研究前至少进过一次强戒所，27.7%受访者曾经进过两三次劳教所（在2013年废除之前）。中国的强戒所反复关押相同的人，对成功“戒毒”并不抱期望，无论该成功用什么衡量，是戒毒，还是健康和生活方式的改善。<sup>79</sup>

### 结论和建议

根据上述分析，中国毒品使用者有可能被处于连续9年的强制“戒毒治疗”：三年社区戒毒，三年强戒所和三年社区康复。再加上强制登记和对有吸毒史的人的驾照禁令，这些措施造成了对毒

品使用人员的极度污名和歧视，明显阻碍了个人获取重要的生活机会，如就业、教育和旅游等。这些措施阻碍了药物依赖者获得药物依赖治疗，对他们未来的生活造成长期严重的影响。这些方式的惩罚性特质对个体的伤害可能还多于毒品本身。

鉴于中国戒毒工作的设计和实施，为加强中国的戒毒体系和效果，政策制定者需要考虑以下关键问题。

### 改进戒毒制度的建议：

1. 建立实证为基础的，人道的，自愿戒毒模型：
  - a. 从强制戒毒和拘留转向实证基础的自愿戒毒和减低伤害服务，遵循2015年“关于亚太地区面向毒品使用者的强制戒毒机构的第三次区域咨询”所达成的建议，营造法律政策环境，加强卫生、社会和社区体系及相应的财政投入。<sup>80</sup>
  - b. 为戒毒治疗制定新的、以患者为中心的目标，首要目标应当是改善毒品使用人员的健康和生活方式。尽管戒除毒品是一个完全值得的目标，但不能强制所有毒品使用者达到这个目标。在有必要的时候，他们应当继续接受美沙酮治疗。
  - c. 改善基于实证的戒毒和减低伤害的综合服务的可及性，确保每个寻求戒毒的人都可以获得针对他们特殊需求的最适当的服务，包括针具交换，替代治疗，心理支持，咨询，社会支持等。
  - d. 建立、支持和协同自愿、人道且有效的社区戒毒；与其他服务机构分享自愿治疗的最佳实践。
  - e. 提供联合国机构提出的15项面向在押毒品使用者的艾滋病毒预防、治疗和关怀的综合干预服务并保证其可及性，这些干预措施包括针具交换，替代治疗和对性暴力的预防。
  - f. 收集与毒品使用模式变化相关的数据、以及毒品使用相关的风险和影响，有效治疗和减低伤害措施的科学证据。
  - g. 持续监控和评估戒毒和减低伤害服务的效果，包括通过与受毒品问题影响的社区，包括毒品使用者和相关服务机构合作，改善毒品使用者及其社区的健康和福利。
2. 受医学培训的工作者
  - a) 雇用和培训医疗人员进行毒品依赖的诊断，而不是依赖执法人员，以确保减低伤害和治疗能针对个人需求，同时，承认只有毒品依赖者才能受益于戒毒治疗。根据联合国数据，仅有十分之一的毒品使用者

会形成毒品依赖并能够从戒毒治疗中获益。<sup>81</sup>

- b) 在所有的戒毒场所雇用和培训合格的戒毒治疗人员，包括受训的心理医生和咨询师。
3. 培训执法人员，支持人道和自愿的戒毒机制：
    - a) 停止激励警方逮捕毒品使用者（如逮捕指标），警方逮捕的威胁使人们不愿意寻求戒毒、减低伤害和其他医疗社会服务。实际上，警方可以告知毒品使用者戒毒治疗的选项和如何获取这些服务等这些重要而有效的支持。警方应当接受关于毒品使用、依赖、减低伤害和戒毒的培训，并了解可获得的减低伤害和戒毒服务，以便转介毒品使用人员。<sup>82</sup>
  4. 开发面向甲基苯丙胺的戒毒治疗和减低伤害服务：
    - a) 实施针对甲基苯丙胺依赖的治疗与减低伤害的实证研究，以增加和改善公众对甲基苯丙胺使用和依赖以及适当应对措施的了解。<sup>83</sup>
    - b) 考虑为安非他命类刺激物使用者实施适当的戒毒治疗和减低伤害服务，因数据显示使用安非他命类新型毒品的使用人数在快速增长。

## 关于毒品政策改革的建议

5. 从惩罚转向医疗卫生，通过撤销或逐渐减少对毒品使用者的惩罚措施，确保毒品使用去罪化模式能够实现毒品使用者健康和生活质量的改善，这些措施包括：

- a) 停止将毒品使用者强制录入到在线毒品使用者动态管控系统中，并停止对毒品使用者的监控、随机讯问和尿检
- b) 取消对毒品使用者获取驾照的禁令
- c) 停止逮捕对寻求戒毒治疗和减低伤害服务的人的，包括取消设定逮捕毒品使用者的指标。警方可以通过将毒品使用者转介到自愿的且有实证基础的戒毒治疗和减低伤害服务发挥促进社区安全和健康的作用。<sup>84</sup>

## 致谢

作者再次感谢沈婷婷和 Karyn Kaplyn（亚促会），张勇安博士（上海大学马斯托禁毒政策研究中心），Marie Nougier 和 Gloria Lai（IDPC）的宝贵意见。

1. Patrick Tibke在撰写本文时为国际药品政策联合会曼谷办公室的政策官员。
2. Wilson, D. et al. (2015), 《减低伤害的成本效益》, 毒品政策国际期刊, 26 (1), S5-S11页
3. Chin, K. & Zhang, S. (2015), 《一个人的战争: 中国在容纳非法药品问题上的挣扎》, (布鲁金斯研究院出版社, 华盛顿), 2-3页, <https://www.brookings.edu/wp-content/uploads/2016/07/A-Peoples-War-final.pdf>
4. Windle, J. (2013), 《中国1906-1917鸦片压制干预造成的伤害》, *International Journal of Drug Policy* 毒品政策国际期刊, 24(5): 500, [http://www.ijdp.org/article/S0955-3959\(13\)00030-3/pdf](http://www.ijdp.org/article/S0955-3959(13)00030-3/pdf)
5. Hanes III, W.T. & Sanello, F. (2002), 《鸦片战争》, Naperville: Sourcebooks Inc, 222页
6. 联合国毒品犯罪问题办公室 (2008), 《国际毒品管制一世纪》, (维也纳: 联合国), 第25页, [https://www.unodc.org/documents/wdr/WDR\\_2008/WDR\\_2008\\_eng\\_web.pdf](https://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2008/WDR_2008_eng_web.pdf)
7. 同上, 24-25页
8. Biddulph, S. (2007), 《中国的法律改革和行政拘留力量》, (剑桥大学出版社), 第80页
9. 同上, 77页
10. 同上79页
11. 同上79页
12. Chin, K. & Zhang, S. (2015), 《一个人的战争: 中国在容纳非法药品问题上的挣扎》, (布鲁金斯研究院出版社, 华盛顿), 3页, <https://www.brookings.edu/wp-content/uploads/2016/07/A-Peoples-War-final.pdf>
13. Biddulph, S. (2007), 《中国的法律改革和行政拘留力量》, (剑桥大学出版社), 第81页
14. Trevaskes, S. (2010), 《中国管制严重犯罪: 从“严打”到“少杀”》, 第9页
15. Trevaskes, S. (2007), 《中国司法迅速严厉》, 英国犯罪学期刊, 47(1): 23-24页
16. WeiWei, A. (2011), 《艾未未博客: 写作, 采访和数码责骂, 2006-2009》, 第261页
17. Biddulph, S. (2015), 《稳定需要: 中国人权与法律》, 第209页
18. Trevaskes, S. (2010), 《中国管制严重犯罪: 从“严打”到“少杀”》 176页
19. Biddulph, S. (2015), 《稳定需要: 中国人权与法律》, 第214页
20. Trevaskes, S. (2010), 《中国管制严重犯罪: 从“严打”到“少杀”》, 第176页
21. Baldwin, S. (2013), 《亚洲毒品政策倡导: 挑战, 机遇和前景》, (伦敦: 国际药品政策联合会), 第19页
22. 同上, 第20页
23. Trevaskes, S. (2010), 《中国管制严重犯罪: 从“严打”到“少杀”》, 第123页
24. Luo, T. et al. (2014), 《中国药物依赖者的污名化: 一项湖南社区研究》, 药物酒精依赖, 134: 285-289页
25. Biddulph, S. (2007), 《中国的法律改革和行政拘留力量》, (剑桥大学出版社), 第136页
26. 中国刑法 (1997), 第347-349条, 参见<http://www.asianlii.org/cn/legis/cen/laws/clotproc361/>;或: [http://www.npc.gov.cn/englishnpc/Law/2007-12/13/content\\_1384075.htm](http://www.npc.gov.cn/englishnpc/Law/2007-12/13/content_1384075.htm)
27. Godwin, J. (2016), 《处理亚洲毒品使用问题的公共卫生途径: 去罪化的原则与实践》, 第8页, <http://idpc.net/publications/2016/03/public-health-approach-to-drug-use-in-asia-decriminalisation>
28. Yang, M., Mamy, J., Gao, P. & Xiao, S. (2015), 《从戒断到复吸: 对中国长沙强制戒毒康复中心中毒品使用者的初步质性研究》, *PLoS ONE*, 10(6): 10页, <http://journals.plos.org/plosone/article/asset?id=10.1371%2Fjournal.pone.0130711.PDF>
29. Amon, J. (2010), 《“黑暗无限”: 监禁、虐待和强迫劳动是中国戒毒康复》, (纽约: 人权观察), 第4页, <https://www.hrw.org/report/2010/01/07/where-darkness-knows-no-limits/incarceration-ill-treatment-and-forced-labor-drug>
30. 同上, 24页
31. Yang, M., Mamy, J., Gao, P. & Xiao, S. (2015), 《从戒断到复吸: 对中国长沙强制戒毒康复中心中毒品使用者的初步质性研究》, *PLoS ONE*, 10(6): 10页, <http://journals.plos.org/plosone/article/asset?id=10.1371%2Fjournal.pone.0130711.PDF>
32. 新华网新闻 (2012), 《中国禁止毒品成瘾者获得驾照》, [http://news.xinhuanet.com/english/china/2012-08/06/c\\_131765281.htm](http://news.xinhuanet.com/english/china/2012-08/06/c_131765281.htm)
33. 国家禁毒委员会 (2014), 中国禁毒年度报告
34. 新华网新闻 (2012), 《中国禁止毒品成瘾者获得驾照》, [http://news.xinhuanet.com/english/china/2012-08/06/c\\_131765281.htm](http://news.xinhuanet.com/english/china/2012-08/06/c_131765281.htm)
35. Amon, J. (2010), 《“黑暗无限”: 监禁、虐待和强迫劳动是中国戒毒康复》, (纽约: 人权观察), 第4页, <https://www.hrw.org/report/2010/01/07/where-darkness-knows-no-limits/incarceration-ill-treatment-and-forced-labor-drug>
36. Enshen, L. (2014), 《中国新的戒毒制度: 戒毒康复工具误用》, *9 U. PA. E. ASIA L. REV.* 168, 172页, <http://scholarship.law.upenn.edu/earl/vol9/iss2/3>
37. 联合国毒品犯罪问题办公室和世界卫生组织 (2008), 《戒毒原则》, 第10页, <https://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC-WHO-Principles-of-Drug-Dependence-Treatment-March08.pdf>
38. 国际药品政策联合会 (2016), 《IDPC毒品政策指南》, 第三版第49页, <http://idpc.net/publications/2016/03/idpc-drug-policy-guide-3rd-edition>
39. Amon, J. (2010), 《“黑暗无限”: 监禁、虐待和强迫劳动是中国戒毒康复》, (纽约: 人权观察), 第4页, <https://www.hrw.org/report/2010/01/07/where-darkness-knows-no-limits/incarceration-ill-treatment-and-forced-labor-drug>
40. 联合国 (2012), 《联合声明: 强制戒毒拘留与康复中心》
41. 如果父母或“监护人”强制自己的孩子参加戒毒项目, 这就不应当再算是自愿了。
42. 《中华人民共和国禁毒法》(2008), 38条第4款, [http://www.china.org.cn/china/Legislations-Form2001-2010/2011-02/11/content\\_21899159.htm](http://www.china.org.cn/china/Legislations-Form2001-2010/2011-02/11/content_21899159.htm)
43. Sullivan, S.G., Wu, Z., Cao, X., Liu, E. and Detels, R. (2013), 《中国美沙酮治疗中继续毒品使用的情况: 对服务的19026名使用者的回溯性研究》, 47(1), p. 3, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4343304/pdf/nihms-665395.pdf>; Detels, R., Lina, C. & Wu, Z. (2011), 《中国美沙酮维持治疗者的家庭支持、生活治疗和当前药物使用》, 125(5): 269-274, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3112464/pdf/nihms270702.pdf> <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3112464/pdf/nihms270702.pdf>
44. 《戒毒条例》(2011), 第7条, [http://www.gov.cn/zw/gk/2011-06/26/content\\_1892716.htm](http://www.gov.cn/zw/gk/2011-06/26/content_1892716.htm)
45. 同上, 第12条
46. 同上, 第7条
47. 《中华人民共和国禁毒法》(2008), 37条, [http://www.china.org.cn/china/Legislations-Form2001-2010/2011-02/11/content\\_21899159.htm](http://www.china.org.cn/china/Legislations-Form2001-2010/2011-02/11/content_21899159.htm)
48. 参见, 例: 联合国毒品犯罪问题办公室和世界卫生组织



- (2016), 《药物滥用病症治疗的国际标准》, [https://www.unodc.org/docs/treatment/UNODC-WHO\\_2016\\_treatment\\_standards\\_E.pdf](https://www.unodc.org/docs/treatment/UNODC-WHO_2016_treatment_standards_E.pdf)
49. Enshen, L. (2014), 《中国新的戒毒制度: 戒毒康复工具误用》, 9 *U. PA. E. ASIA L. REV.* 168, 172页, <http://scholarship.law.upenn.edu/ealr/vol9/iss2/3>
  50. McLellan, A.T., Luborsky, L., Woody, G.E. & O'Brien, C.P. (1980), 《对物质滥用患者诊断评估工具改善: 成瘾程度指数》, 神经与精神障碍期刊, 168(1): 26-33页, 成瘾程度指数第5版, <http://www.tresearch.org/wp-content/uploads/2012/09/ASI-DENS.pdf>
  51. 联合国毒品犯罪问题办公室和世界卫生组织 (2008), 《戒毒原则》, 第6页, <https://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC-WHO-Principles-of-Drug-Dependence-Treatment-March08.pdf>
  52. Duyun, G. & Zunyi (2012), 《改掉习惯》, 经济学家, <http://www.economist.com/node/21562966>
  53. 《戒毒条例》(2011), 第4条, [http://www.gov.cn/zwqk/2011-06/26/content\\_1892716.htm](http://www.gov.cn/zwqk/2011-06/26/content_1892716.htm)
  54. Enshen, L. (2014), 《中国新的戒毒制度: 戒毒康复工具误用》, 9 *U. PA. E. ASIA L. REV.* 168, 177页, <http://scholarship.law.upenn.edu/ealr/vol9/iss2/3>
  55. Yin, C. (2015), 《缺乏适当程序有害于中国禁毒战争》, 东亚论坛, <http://www.eastasiaforum.org/2015/07/20/lack-of-due-process-mars-chinas-war-on-drugs/>
  56. 很多学者仍在将强制隔离戒毒称为“劳动教养”。这造成了读者的困惑, 尤其是研究论文发布于2013年劳教废止之后。需要强调, 劳教已经正式废止了, 在法律上是没有基础的, 但在实际操作中, 仍以CIT的形式存在。
  57. Enshen, L. (2014), 《中国新的戒毒制度: 戒毒康复工具误用》, 9 *U. PA. E. ASIA L. REV.* 168, 189页, <http://scholarship.law.upenn.edu/ealr/vol9/iss2/3>
  58. Biddulph, S. (2015), 《稳定需要: 中国人权与法律》, 第214页
  59. 同上
  60. 同上
  61. Xinhua (2013), 《中国改革劳动教养制度》, 中国日报, [http://www.chinadaily.com.cn/china/2013-01/07/content\\_16092600.htm](http://www.chinadaily.com.cn/china/2013-01/07/content_16092600.htm)
  62. Biddulph, S. (2015), 《稳定需要: 中国人权与法律》, 第212页
  63. Amon, J. (2010), 《“黑暗无限”②监禁、虐待和强迫劳动是中国戒毒康复》, (纽约: 人权观察), 第11页, <https://www.hrw.org/report/2010/01/07/where-darkness-knows-no-limits/incarceration-ill-treatment-and-forced-labor-drug>
  64. Biddulph, S. (2015), 《稳定需要: 中国人权与法律》, 第212页
  65. Moore, M. (2014), 《中国废止劳教营并释放在押人员》, <http://www.telegraph.co.uk/news/worldnews/asia/china/10561434/China-abolishes-its-labour-camps-and-releases-prisoners.html>
  66. Biddulph, S. (2015), 《稳定需要: 中国人权与法律》, 第214页
  67. 同上, 216页
  68. Amon, J. (2010), 《“黑暗无限”: 监禁、虐待和强迫劳动是中国戒毒康复》, (纽约: 人权观察), 第3页, <https://www.hrw.org/report/2010/01/07/where-darkness-knows-no-limits/incarceration-ill-treatment-and-forced-labor-drug>
  69. Chin, K. & Zhang, S. (2015), 《一个人的战争: 中国在容纳非法药品问题上的挣扎》, (布鲁金斯研究院出版社, 华盛顿), <https://www.brookings.edu/wp-content/uploads/2016/07/A-Peoples-War-final.pdf>
  70. Amon, J. (2010), 《“黑暗无限”: 监禁、虐待和强迫劳动是中国戒毒康复》, (纽约: 人权观察), 第4页, <https://www.hrw.org/report/2010/01/07/where-darkness-knows-no-limits/incarceration-ill-treatment-and-forced-labor-drug>
  71. 同上, 第30页
  72. Chin, K. & Zhang, S. (2015), 《一个人的战争: 中国在容纳非法药品问题上的挣扎》, (布鲁金斯研究院出版社, 华盛顿), <https://www.brookings.edu/wp-content/uploads/2016/07/A-Peoples-War-final.pdf>
  73. 联合国毒品犯罪问题办公室和世界卫生组织 (2008), 《戒毒原则》, 第9页, <https://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC-WHO-Principles-of-Drug-Dependence-Treatment-March08.pdf>
  74. Liu, W., Reekie, J. & Yap, L. (2015), 《中国广西劳教营中在押人员的毒品使用和艾滋病感染情况》, 环境研究与公共卫生国际期刊, 12: 4510, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4454922/pdf/ijerph-12-04502.pdf>
  75. 同上
  76. Liu, W., Reekie, J. & Yap, L. (2015), 《中国广西自治区劳教营中的艾滋病毒检测(跨部门调查)》, 性传播感染, 91(6): 402, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4552917/pdf/sxtrans-2014-051658.pdf>
  77. 联合国毒品犯罪问题办公室 (2015), 《囚犯待遇最低限度标准规则》, [http://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/GA-RESOLUTION/E\\_ebook.pdf](http://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/GA-RESOLUTION/E_ebook.pdf)
  78. 联合国毒品犯罪问题办公室和世界卫生组织 (2016), 《监狱和其他封闭场所的艾滋病毒预防、治疗和关怀: 综合干预(政策简报)》, 第viii页
  79. Amon, J. (2010), 《“黑暗无限”: 监禁、虐待和强迫劳动是中国戒毒康复》, (纽约: 人权观察), 第4页, <https://www.hrw.org/report/2010/01/07/where-darkness-knows-no-limits/incarceration-ill-treatment-and-forced-labor-drug>
  80. 联合国毒品犯罪问题办公室, 联合国亚太社会经济委员会和艾滋病规划署 (2015), 《关于亚太地区面向毒品使用者的强制中心的第三次区域咨询的报告》, [https://www.unodc.org/documents/southeastasiaandpacific/Publications/drugs-and-health/Report\\_of\\_the\\_Third\\_Regional\\_Consultation\\_on\\_CCDUs\\_in\\_Asia\\_and\\_the\\_Pacific\\_21-23\\_September\\_2015.pdf](https://www.unodc.org/documents/southeastasiaandpacific/Publications/drugs-and-health/Report_of_the_Third_Regional_Consultation_on_CCDUs_in_Asia_and_the_Pacific_21-23_September_2015.pdf); 参见: 关于将毒品使用者移出强制中心的专家工作组, 讨论文件, [https://www.unodc.org/documents/southeastasiaandpacific/Publications/2015/hiv/Discussion\\_Paper\\_on\\_Transition\\_from\\_CCDUs\\_Edited\\_Final4\\_04Sept15.pdf](https://www.unodc.org/documents/southeastasiaandpacific/Publications/2015/hiv/Discussion_Paper_on_Transition_from_CCDUs_Edited_Final4_04Sept15.pdf)
  81. 联合国毒品犯罪问题办公室 (2015), 《UNODC世界毒品报告2015》, <https://www.unodc.org/wdr2015/>
  82. 更多关于针对毒品使用者的卫生服务的政策支持, 参见: Godwin, J. (2016), 《处理亚洲毒品使用问题的公共卫生途径: 去罪化的原则与实践》, 第8页, <http://idpc.net/publications/2016/03/public-health-approach-to-drug-use-in-asia-decriminalisation>
  83. 例如, 关于使用右旋苯丙胺作为ATS使用的替代治疗: Shearer, J., Sherman, J., Wodak, A. & Van Beek, I. (2002), 《安非他命使用者的替代治疗》, 毒品与酒精评论, 21: 179-185页, <http://www.undrugcontrol.info/en/issues/safer-crack-use/item/4535-substitution-therapy-for-amphetamine-users>
  84. 更多关于如何摒弃处理毒品使用的惩罚性措施的详细建议, 参见: Godwin, J. (2016), 《处理亚洲毒品使用问题的公共卫生途径: 去罪化的原则与实践》, 第8页, <http://idpc.net/publications/2016/03/public-health-approach-to-drug-use-in-asia-decriminalisation>

---

## 關於本政策簡報

本IDPC簡報對當前中國戒毒機制進行了分析並提出能促進其有效性的相關建議。

**International Drug Policy Consortium**  
Fifth Floor, 124-128 City Road  
London EC1V 2NJ, United Kingdom

**Tel:** +44 (0)20 7324 2975  
**Email:** [contact@idpc.net](mailto:contact@idpc.net)  
**Website:** [www.idpc.net](http://www.idpc.net)

## 關於IDPC

IDPC是一個由個NGO和專業人員工作網組成的全球性工作網，專注於管制藥物的生產和使用相關問題。聯合會的目標是促進關於國家和國際水平藥物政策的實效、方向和內容的客觀開放的討論，並支持有實證基礎的有效減低藥物相關傷害的政策。我們的倡導立場基於五個核心政策原則。IDPC不定期發表簡報，傳播聯合會成員組織藥物相關的專題報告，為世界各地的政策制定者和官員提供專業顧問服務。

© International Drug Policy Consortium Publication 2017  
Report design by Mathew Birch - [mathew@mathewbirch.com](mailto:mathew@mathewbirch.com)

資金部分由：

